

# **КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ**

*Л.И. Колосова, М.В. Жолобова, А.И.Рачинский*

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ, ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТЫЕ, НЕВРОТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И У ЛИЦ БЕЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ**

Условия жизни современного человека таковы, что неизменно способствуют нарастанию тревоги, неуверенности в завтрашнем дне и безопасности. У людей, имеющих сердечно-сосудистые заболевания и невротические расстройства, усиливается чувство безысходности, пессимизма, увеличиваются тревога и страх. Приоритетом для клинических психологов являются поиски путей адаптации больных к изменившимся требованиям социальной среды, усиливающим психоэмоциональное напряжение, способствующее возрастанию иррациональных форм поведения. Чрезвычайно актуальным является изучение психологических ресурсов людей, имеющих соматические и невротические заболевания.

Гипотезой нашего исследования послужило предположение о том, что люди с серьезными соматическими и нервными заболеваниями используют психологические ресурсы во многом отличные от психологических ресурсов людей, не имеющих патологии.

Методическим инструментарием послужили:

1. Методика исследования социального интеллекта Дж.Гилфорда [5,7].
2. Методика измерения степени использования индивидом различных механизмов защиты Келлермана-Плучика [1,4].
3. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга [6].
4. САТ [2].
5. Диагностика межличностных отношений Лири [3].

Исследование проводилось на базе МУПБ №26 г. Екатеринбурга и больницы №3 г. Петропавловска. Всего в эксперименте приняло участие 65 человек в возрасте от 25 до 55 лет, из них 35 человек, страдающих различными невротическими расстройствами, и 30 человек, имеющих сердечно-сосудистую патологию (ИБС, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертония).

Контрольная группа представлена 65 респондентами (также две группы), не имеющими психосоматопатологической симптоматики.

Обследование респондентов происходило параллельно в двух выборках. Тестирование было индивидуальным и проходило в первой половине дня, для больных с невротическими расстройствами с 10-11 утра, для больных с сердечно-сосудистой патологией ранние утренние часы являются неблагоприятными в циркадианном ритме, поэтому исследование проводилось с 12 до 13 часов дня. Всем испытуемым предлагались тестовые материалы, давались инструкции, работа велась на бланках ответов.

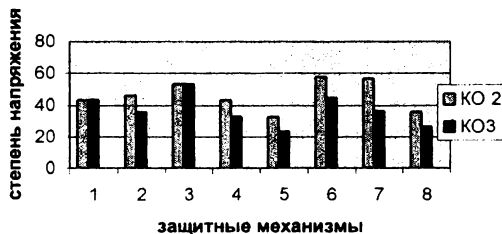
Достоверность результатов диагностики оценивалась методами математико-статистической обработки данных.

По результатам исследования дана интерпретация: мы можем утверждать, что уровень социального интеллекта у лиц без психопатологической симптоматики (контрольная группа) выше, чем у испытуемых, страдающих невротическими расстройствами, и пациентов с сердечно-сосудистой патологией (экспериментальная группа) – М контр.=3,0; М эксп. = 1,8 (кардиологические больные); М контр. =3,5; М эксп. = 2,1 (больные, страдающие невротическими расстройствами). Это значит, что лица без психопатологической симптоматики более успешные коммуникаторы, нежели лица с невротическими расстройствами и кардиологические больные, у них более высокая контактность, открытость, тактичность, тенденция к психологической близости в общении. Испытуемые экспериментальной группы испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения людей, что усложняет взаимоотношения и снижает возможности социальной адаптации.

При сравнении степени напряженности защитных механизмов у испытуемых экспериментальной и контрольной групп были выявлены значимые различия по шкале «вытеснение» ( $t=3,035$ ,  $p \leq 0,01$  для невротических больных и  $t=2,59$ ,  $p \leq 0,01$  для кардиологических больных); «проекция» ( $t=3,29$ ,  $p \leq 0,01$  для невротических больных и  $t=2,82$ ,  $p \leq 0,01$  для кардиологических больных); «реактивное образование» ( $t=4,556$ ,  $p \leq 0,01$  для невротических больных и  $t=3,905$ ,  $p \leq 0,01$  для кардиологических больных).

Средние данные по шкалам «вытеснение», «проекция» и «реактивное образование» говорят о том, что у лиц экспериментальной группы данные защитные механизмы напряжены меньше, чем у

лиц контрольной группы («проекция»: М невр. = 57,75; М кард. = 44,6; М контр. = 37,0; «реактивное образование»: М невр. = 56,72; М кард. = 36,42; М контр. = 25,71; «вытеснение»: М невр. = 35,83; М кард. = 26,42; М контр. = 18,86). Остальные защитные механизмы используются примерно в одной и той же степени напряженности, что хорошо видно на рис.1.



1 – отрицание, 2 – компенсация, 3- рационализация, 4 – регрессия,  
 5 – замещение, 6- проекция, 7- реактивное образование, 8 – вытеснение  
 КО - показатель развития общего социального интеллекта

Рис.1. Степень напряжения защитных механизмов

Кардиологические и невротические больные чаще осуществляют бессознательный перенос неприемлемых собственных чувств, желаний, стремлений на других с целью перекладывания ответственности за то, что происходит внутри Я, на окружающий мир. Это позволяет им примириться с реальностью и стать социально адаптированной личностью. Испытуемые контрольной группы преимущественно используют механизмы рационализации, отрицания и проекции; испытуемые экспериментальной группы (кардиологические и невротические больные) прежде всего используют проекцию и реактивное образование и, только на третьем месте, рационализацию.

По результатам исследования можно сделать выводы:

1. Лица, страдающие кардиологическими и невротическими заболеваниями, и лица без психопатологической симптоматики отличаются по поведенческим особенностям и по напряженности защитных механизмов проекции, вытеснения и реактивного образования, а также по степени принятия поддержки.

2. У лиц без психопатологической симптоматики более развит социальный интеллект, преобладает независимо-доминирующий или великодушно-ответственный тип межличностных отношений, они чаще используют реакции на фрустрацию экстрапунитивной направленности и препятственно-доминантные реакции, внутренний локус контроля, они чаще (51%) используют зрелый защитный механизм рационализации.

3. Кардиологические и невротические больные обладают менее развитым социальным интеллектом, чаще используют покорно-застенчивый и зависимо-послушный стиль межличностных отношений, реже используют реакцию на фрустрацию экстрапунитивной направленности и препятственно-доминантные реакции. У них более напряжены менее зрелые защитные механизмы, такие, как проекция, вытеснение и реактивное образование. Доминирует внешний локус контроля. Все испытуемые экспериментальной группы нуждаются во внешней поддержке, внешнем направлении. У них отмечается излишняя фиксация на препятствиях, независимо от того, как они оцениваются: благоприятные, неблагоприятные или нейтральные.

4. Всем кардиологическим и невротическим больным показана коррекционная работа, направленная на улучшение адаптационных возможностей.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Блюм Г. Генезис защитных механизмов. // Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. М.: 2000. С. 594-622.
2. Демьянов Ю.Г. Диагностика психических нарушений: Практикум. СПб.: ИД «МиМ», ТОО «Респекс», 1999.
3. Диагностика межличностных отношений // Под ред. Лири. М.: 1998.
4. Кирибаум Э., Еремеева А. Психологическая защита. М.: 2000.
5. Леонова И.Ю. Социальный интеллект и эффективность межличностного взаимодействия. М: Академ. проект, 1999.
6. Розенцвейг С. Тест рисуночной ассоциации // Под ред. С.Е. Лукина, А.В. Суворова. СПб., 1993.
7. Barnes, M.L.; Sternberg, R.J. Social intelligence and decoding of nonverbal cues // Intelligence. - Norwood (N.J.), 1989. - Vol. 13, N 3. - P. 263-287.